

Informe de Austin AISD de actividad física restringida para Educación Física

**TRADUCCIÓN PARA SU INFORMACIÓN SOLAMENTE
EL DR. TIENE QUE LLENAR LA VERSIÓN EN INGLÉS**

Estimado Dr.,

Todos los estudiantes del estado de Texas deben tomar una cantidad designada de clases de educación física en cada grado escolar. También se tiene que evaluar la capacidad física de los estudiantes en los grados 3 al 12 usando la evaluación aprobada FITNESSGRAM. Se modificará el programa del estudiante que no pueda participar en el programa de educación física general o adaptado, debido a un padecimiento físico específico, según los resultados de este documento.

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

DETERMINACIONES Y RECOMENDACIONES A LA ESCUELA

Examiné a _____ el (fecha) _____ y encontré el/los siguiente(s) padecimiento(s) físico(s) que pueden limitar su participación en una clase de educación física o una clase de educación física adaptada:

El/los padecimiento(s) que aparece(n) arriba es/son (elija uno): Permanente(s) o temporal(es)

Si es/son temporal(es):

El estudiante necesitará un programa restringido hasta _____ de 20_____

Informe de Austin AISD de actividad física restringida para Educación Física

GUÍA DE ACTIVIDADES

Por favor marque los niveles de actividad adecuados para las limitaciones físicas.

| I. MOVIMIENTOS | OMITIR | LEVE* | MODERADO* | ILIMITADO | COMENTARIOS |
|--|---------------|--------------|------------------|------------------|--------------------|
| Balancear | | | | | |
| Agachar | | | | | |
| Atrapar | | | | | |
| Trepar | | | | | |
| Rebotar | | | | | |
| Colgar | | | | | |
| Saltar y caer | | | | | |
| Patear | | | | | |
| Destrezas locomotoras (caminar, trotar, brincar, etc.) | | | | | |
| Levantar | | | | | |
| Jalar | | | | | |
| Empujar | | | | | |
| Rodar | | | | | |
| Correr | | | | | |
| Golpear | | | | | |
| Estirar | | | | | |
| Lanzar | | | | | |
| Girar | | | | | |
| Bolear | | | | | |

| II. ACONDICIONAMIENTO | OMITIR | LEVE* | MODERADO* | ILIMITADO | COMENTARIOS |
|------------------------------|---------------|--------------|------------------|------------------|--------------------|
| Resistencia Aeróbica | | | | | |
| Fortalecimiento muscular | | | | | |
| Cuerpo superior | | | | | |
| Cuerpo inferior | | | | | |
| Flexibilidad | | | | | |
| Cuerpo superior | | | | | |
| Cuerpo inferior | | | | | |

Informe de Austin AISD de actividad física restringida para Educación Física

*Muy poca actividad

**La mitad del programa ilimitado

| III. FITNESSGRAM (Evaluación estatal) | OMITIR | MODIFICAR | ILIMITADO | COMENTARIOS |
|--|--------|-----------|-----------|-------------|
| Abdominales | | | | |
| Lagartijas | | | | |
| Elevación del tronco | | | | |
| Sentarse y alcanzar | | | | |
| Correr una milla/PACER | | | | |

*Muy poca actividad

**La mitad del programa ilimitado

| Ambiente activo | OMITIR | MODIFICAR | ILIMITADO | COMENTARIOS |
|----------------------------|--------|-----------|-----------|-------------|
| Actividad individual | | | | |
| Actividad con compañero | | | | |
| Actividad en grupo pequeño | | | | |
| Actividad en grupo grande | | | | |

Comentarios adicionales:

Nombre del doctor en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma del doctor: _____ Fecha: _____

Núm. telefónico del doctor: _____ Núm. de fax del doctor: _____

Nombre del padre/la madre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma del padre/la madre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Cc

Maestro de Educación Física adaptada

Enfermera escolar

Colocar copia en la carpeta de Ed. Especial/504 si es pertinente